

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	HOSPITALIZACION	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ELSA MARGARITA JIMENEZ LOPEZ														Sexo																	
														M		F	X														
Tipo de Documento						Número				Expedida en				Fecha de Expedición																	
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		36641212				GUAMAL MAGDALENA				24 DE JUNIO 1997													
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda				Zona Ubicación															
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico		Universidad				Propia		Arrendada		Familiar		Rural		Urbano			
		X														X		2		X								X			
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio								Municipio / Ciudad				Departamento											
17				5				1979				GUAMAL-MAGDALENA				CL 44B#30C-50 PORTAL DE NUEVA ANDREA ETAPA 2 CASA 15								SANTA MARTA				MAGDALENA			
Correo Electrónico														No. Celular				Telefono													
elsamargaritajimenezlopez79@hotmail.com														3114032939				4375959													
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIU																	
Estudiante				Independiente		x		Empleado				Hogar				Jubilado						8		6		1		0			
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU																					
De mi ejercicio como medico										Actividades de hospitales y clínicas con internacion																					

2. DATOS LABORALES

Nombres y Apellidos del Representante Legal						Tipo de Documento						Número					
						C.C.						P.P.					

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Nombre de la Empresa o Negocio				Tipo de Empresa o Negocio								Cargo									
Hospital Julio Mendez Barreneche				Publica		x		Privada				Mixta				Otra, cual?		Medico			
Dirección de empresa o negocio										Ciudad				Barrio				No. Teléfono			
JULIO MENDEZ BARRENECHE										SANTA MARTA				ALCAZAREZ				4365007			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?														SI				NO		X	

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

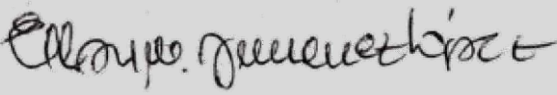
Total Ingresos Mensuales 8.500.000				Total Egresos mensules 7.000.000											
Otros Ingresos Mensules				Otros Egresos Mensuales											
Total Activos 1.500.000				Total Pasivos 280.000.000											
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		06		Año 2025		Es declarante?		SI		x		NO			
Mes															
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?															
No															
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?															
No															
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:															
DE MI EJERCICIO COMO MEDICO															

5. FIRMA Y HUELLA

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: TRABAJO COMO MEDICO EN EL SENA, y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuar transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los

	
5. FIRMA Y HUELLA	

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento